



Aufklärung über die Kontrastmittelgabe bei Computertomographie

Patientenaufkleber

Gewicht: _____ kg

Kreatinin: _____ mg/dl

TSH basal: _____ mU/l

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Durchführung einer Computertomographie an uns überwiesen. Abhängig von der jeweiligen Fragestellung kann es erforderlich sein, ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen. Hierdurch werden krankhafte Prozesse zuverlässiger erkannt. Dieses Kontrastmittel wird meistens problemlos vertragen. Bei der intravenösen Kontrastmittelgabe kann kurzfristig ein Hitzegefühl auftreten. In extrem seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen kommen. Dabei handelt es sich meist um vorübergehenden Brechreiz, Juckreiz oder Hautausschläge. In sehr seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Beeinträchtigung kommen.

Bei schweren Funktionsstörungen der Nieren und bestimmten Schilddrüsenerkrankungen sollte nur in Ausnahmefällen Kontrastmittel intravenös verabreicht werden.

Bei Untersuchungen des Bauchraumes ist es meistens erforderlich, einige Zeit vor der Untersuchung ein wässriges Kontrastmittel zu trinken, um den Magen-Darmtrakt zu kontrastieren. Dies erhöht die Genauigkeit der Untersuchung.

Wir sind zur Wahrung Ihrer persönlichen Rechte gehalten, Sie über mögliche Komplikationen zu informieren und benötigen zur Kontrastmittelgabe Ihr Einverständnis.

Zuvor bitten wir Sie noch, einige Fragen zu beantworten.

Derzeitige Beschwerden:

Bitte ankreuzen

Haben Sie bei einer früheren Röntgenuntersuchung bereits ein Kontrastmittel erhalten (z.B. Herzkatheter, Nierenröntgen, Beinvenendarstellung?) Ja O Nein

Sind hierbei Zeichen einer Unverträglichkeit aufgetreten? Ja O Nein

Haben Sie eine Allergie (Heuschnupfen, Asthma etc.) oder eine Überempfindlichkeit gegen Pflaster, Medikamente oder Nahrungsmittel Ja O Nein

Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung: Ja O Nein

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt oder behandelt worden? Ja O Nein

Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Ja O Nein

Wenn ja, wird er ggf. mit einem der folgenden Medikamente behandelt? Ja O Nein

Antidiabetika vom Typ Metformin, z.B.: Glucophage, Diabetase, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Metformin, Siofor, Thiabet, Met, Glucobon, Diabesin, Biocos.

Wurden bereits CT- oder MRT-Untersuchungen dieser Körperregion durchgeführt?: Ja O Nein

Wenn ja, wo und wann? _____

Wurde bei Ihnen eine Gallenblasen-OP durchgeführt? Ja O Nein

Wurde bei Ihnen eine Gebärmutter-Entfernung durchgeführt? Ja O Nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja O Nein
Ungewiss

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Ich bin mit der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse an weiterbehandelnde Ärzte einverstanden.

München, den _____

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patienten
(bzw. Erziehungsberechtigten)